

(様式 1-1)

申請者記入欄

手術等及びAIPO情報登録助成金交付申請書(譲渡犬猫用)

年 月 日

公益社団法人福島県獣医師会所属

獣医師 様

申請者 住所
氏名

犬猫愛護支援事業実施要領に基づき、下記により助成金交付の申請をいたします。

記

動物の種類	犬 ・ 猫	譲渡年月日	年 月 日
動物の品種	純系 ・ 雑系	譲渡機関名	
動物の毛色		手術実施日	年 月 日
推定年月齢	才 (か月齢)	手術の種類等	不妊 ・ 去勢 ・ M C
動物の名前		MC(AIPO登録)	する ・ しない
施術料金		MC識別番号	
減免料金			

※MC;マイクロチップの略称

※譲渡犬猫は県内の自治体から譲渡されたことを証明する資料(コピー可)を添付すること。

※AIPOに登録する場合はマイクロチップ登録申込書を添付すること。

担当獣医師記入欄

報告書兼請求書

上記のとおり施術したので報告し、併せて助成金を請求します。

年 月 日

住所
担当獣医師 (動物病院名)
氏名 印

公益社団法人 福島県獣医師会長 様

請求振込金額	円
振込金融機関	
口座番号	
口座名義人	
名義人フリガナ	

※金融機関名欄には本店・支店名まで記入